

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології

Затверджено на методичній нараді кафедри
психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології
Зав.кафедри д.мед.н., професор В.В.Чугунов

“_____” _____ 2015 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

для самостійної підготовки по темі: «Психологія та психопатологія
мислення» для студентів 4 курсу медичного факультету
(спеціальність «Лабораторна діагностика», спеціалізація бакалавр)

Запоріжжя – 2015 рік

Тема: «Психологія та психопатологія мислення»

Визначення поняття мислення. Типи і види мислення в нормі, їх вікові особливості. Класифікація розладів мислення. Ознаки паралогічного мислення. Ознаки аутистичного мислення та резонерства. Нав'язливі стани, класифікація та клінічна характеристика. Характеристика надцінних ідей. Маячні синдроми в психіатрії. Клінічна характеристика параноїдного синдрому. Характеристика синдрому психічного автоматизму. Характеристика паранояльного та парафренного синдромів. Відмінності первинного та образного видів маячення. Клінічні ознаки образно-чуттєвого маячення. Систематизоване та несистематизоване маячення. Клінічна характеристика і етіопатогенетичні механізми утворення різних видів маячення, індуковане та конформне маячення»

I. Актуальність теми:

Мислення визнають як один з важливих компонентів пізнавальної діяльності, що дозволяє узагальнено відображувати навколишню дійсність. Це найвища форма психічної діяльності, що демонструє сутність, взаємозв'язок та відношення предметів та явищ оточуючого миру. Мислення здійснюється за допомогою слів, як найпростішого засобу узагальнення на свідомому й несвідомому рівнях. Розлади мислення найбільш поширена патологія у психіатрії; своєчасне виявлення маячних ідей дозволяє проводити ефективну терапію хворим, передчасно реагувати на можливі агресивні та аутоагресивні дії.

II. Навчальні цілі заняття:

А. Сформувані поняття про симптоми та синдроми розладів мислення; захворювання, де ці прояви є головними.

Б.Знати:

1. Форми та види мислення;
2. Клінічна характеристика патології асоціативного процесу;
3. Поняття маячення, його клінічні різновиди;
4. Нав'язливі стани, їх відміна від маячних ідей;
5. Патофізіологічні механізми маячення та нав'язливих станів;

В. Вміти:

1. Проводити клінічне обстеження хворих з метою виявлення симптомів порушень мислення;
2. Навчитись діагностувати найбільш вагомні розлади мислення;
3. Виявляти розлади мислення за допомогою додаткових патопсихологічних методик;
4. Аналізувати основні синдроми, пов'язані з порушенням асоціацій та змісту.

III. Цілі розвитку особистості:

Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність прийняття рішення по оцінці загального стану, наявності ускладнень. Сформувати деонтологічні уявлення щодо особливості відношення майбутнього фахівця до пацієнта з психічними розладами та його родини.

Матеріали для тестового контролю (І рівень)

1. Єпізодично виникаюча блокада розумової діяльності носить назву:
А. ментизм
Б. ехолалія
С. персевірація
Д. вербигерація
Є. шперрунг*
2. Аутистичне мислення зустрічається:
А. у здорових осіб

В. у дітей

С. при шизоїдній психопатії

Д. при шизофренії

Є. всьому перерахованому*

3. Визначення «мимовільне насильницьке виникнення нецілеспрямованого потоку думок» відноситься до терміну:

А. вербігерація

В. персевірація

С. шперрунг

Д. ментизм*

Є. логоклонія

4. Вкажіть термін, що відповідає визначенню «мимовільне повторення у мові слів та окремих фраз оточуючих»:

А. персевірації

В. вербігерація

С. інкогеренція

Д. ехолалія*

Є. шизофазія

5. Назвіть найбільш істотний чинник, що характеризує маячні ідеї:

А. насильницьке виникнення

В. недоступність корекції*

С. неможливість протидіяти їм

Д. спрямованість на суб'єктивний світ

Є. поліморфізм

6. До персекуторних маячних ідей належать:

А. маячні ідеї переслідування

В. маячні ідеї фізичного впливу

С. маячні ідеї отруєння

Д. маячні ідеї побутових стосунків (збитків)

Є. все перераховане вірно*

7. Симптом Фреголі входить до складу:

- А. маячних ідей вонахідництва
- В. реформаторського маячення
- С. маячення інсценування
- Д. маячення двійників*
- Є. маячення інтерметаморфози

8. Паталогічна докладність мислення зустрічається при:

- А. шизофренії
- В. епілепсії*
- С. психопатії
- Д. неврозах
- Є. наркоманії

Матеріали для індивідуального усного опитування: (рівень II)

1. Визначення понять «мислення», «розумові операції».
2. Класифікація порушень мислення.
3. Патологія мислення по темпу.
4. Порушення мислення по формі.
5. Що таке маячні, маячноподібні, нав'язливі, надцінні ідеї, чим ці поняття відрізняються.
6. Різновиди маячних ідей по змісту.
7. Класифікація маячення.
8. Різновиди і, нав'язливих ідей.
9. Патофізіологічні механізми маячних та і, нав'язливих ідей.

Типові задачі (II рівня).

1. Жінка 40 років, інженер, 5 років тому почала казати, що болить голова, відчуває загальну слабкість, поганий апетит. Вважала, що на роботі всі

знуцаються з неї, сміються. Підозрювала, що дочка пов'язана з бандитами, які збираються її вбити. У хворобливому стані звільнилася з роботи. Зненацька почала ходити на лекції до гірничого університету. Декілька разів зверталася за допомогою до міліції, там затверджувала, що на неї впливає якась апаратура.Періодично буза напруженою, підозрілою, імпульсивною. Серед внутрішніх органів, неврологічного стану та додаткових досліджень патології не знайдено.

Напружена, розповідає про думки, що діями її хтось керує, постійно слідкує за нею. В лікарні де вона зараз знаходиться заховані апарати щоб підслуховувати її думки. В розпачі, що не може вночі заснути, боїться, що їжа може бути отруєна.

Які симптоми виявляються у хворої?

Які періоди можливо прослідкувати при захворюванні?

Який ведучий синдром?

Про яку нозологію можливо міркувати? (маячні ідеї впливу, отруєння)

2. Чоловік 44 років, вчився задовільно. Закінчив середню школу, зараз службовець. З дитинства відчував вночі страхи. З 14 років почав лякатися переходити через місток, але переїздив повз нього на тролейбусі. Далі почав лякатися переходити через площі, при допомозі друзів міг це зробити. Пізніше став боятися ходити у кіно, театр, особливо був переляканий коли закривали двері та гасло світло. Виходячи з квартири декілька разів доторкався рукою до кроваті, враховував, що після цього з ним на вулиці нічого не скоїться.

Всі роки - несміливий, невпевнений в собі, постійно має сумніви у своїх діях та рішеннях.

Соматичної патології немає. Сприйняття, пам'ять, інтелект у нормі. Розуміє відсутність обґрунтованості своїх побоювань.

Який ведучий синдром?

Які симптоми складають цей синдром?

До яких форм патології може відноситись це захворювання? (нав'язливі страхи, невроз).

3. Жінка 49 років, вчителька, госпіталізована в психіатричний стаціонар на експертизу у зв'язку з тим, що коли була у дворі свого багатоповерхового будинку біля шостої години раптово накинулася на сусідку, зірвала з неї плаття та почала бити. При дослідженні епізоду пояснила, що декілька місяців слідкує за цією сусідкою, вона знаходиться у сексуальних зв'язках з її чоловіком 54 років. Чоловік є інвалідом і не працює, зовсім не може ходити бо має параліч кінцівок. Зрозуміла про зв'язок з сусідкою тому, що коли коли приходить додому після роботи кроваті чоловіка у безладі. Крім того декілька разів чула як хтось тихенько стукав у двері, коли виходила то нікого не було. При зустрічі з сусідкою та тільки усміхалась до неї та не здоровкалась. Спробувала розібратись з чоловіком, але він не володіє мовою після інсульту та не може їй нічого роз'яснити. Впевнена, що за нею правда і добре помстилася. Емоційно напружена, іноді плаче, жаліє хворого чоловіка та винуватить сусідку. Характеризується на роботі як добра працівниця.

Які симптоми виявляються у хворої?

Який ведучий синдром?

Як обґрунтувати висновок експертизи які заходи мають бути?

(маячні ідеї ревностів, хвора не відповідає за свої дії та повинна лікуватись)

4. Чоловік 37 років, лікар. У дитинстві тихий, нерішучий хлопець. Погано вчився у школі тому, що не міг ніколи відповісти на запитання, міркував що всього не знає. З 10 до 17 років мастурбація. У 18 років з'явилась боязкість за серце, думав що може померти. Завжди лякався «в важку хвилину» залишитися без лікарської допомоги, тому ходив по місту з товаришами - лікарями. Все життя хвилювався щоб не захворіти сифілісом або другою інфекцією. Декілька

разів на день мив руки. До оточуючих добрий та сумлінний. Завжди очікує для себе яку небудь погану звістку.

Соматичних порушень не виявлено. Спить та їсть добре. Сприйняття, пам'ять інтелект без патології. Розуміє безпідставність своїх, аналізує їх. Дуже нерішучий при прийнятті якого небудь рішення.

Який ведучий синдром?

Які симптоми складають цей синдром?

На якому підґрунті формувалося захворювання? (на доклінічному періоді астенична акцентуація з нерішучістю та невпевненістю. далі формуються нав'язливі страхи як прояв неврозу нав'язливих станів).

5. Дівчина 14 років. За 3 місяці до госпиталізації у психіатричну лікарню почала скаржитись на головні болі, роздратованість, відчуття змін у собі. Почала багато міркувати, багато часу могла сидіти та дивитись в одну крапку. Розглядала себе у дзеркало, казала, що в неї змінилося лице, подовжився ніс, розширилися очі, «мов каміння очі». У процесі читання помітила, що літери то віддаляються, то приближуються. Погіршилося навчання у школі. З мамою та сестрою стала різкою та категоричною. Не слідкує за собою, багато часу лежить у ліжку.

Соматичний та неврологічний стан без патології. Консультація офтальмолога - норма. Сприйняття та пам'ять без порушень.

У бесіді спокійна, але іноді замовкає, роз'яснює це тим, що «у голові зупиняються думки». Бездіяльна, ні до чого не має зацікавленості.

Які симптоми виявляються у хворої?

Який ведучий синдром?

До яких форм патології може відноситись це захворювання? (синдром дисморфофобії, початок шизофенічного процесу).

6. Жінка 46 років, не працює. Психічно хвора на протязі 10 років. Захворювання розвинулось поступово. Почала відчувати болі у серці. Міркувала, що чоловік на неї почав «діяти гіпнозом». Говорила йому, що у відсутність їх вдома хтось ходив по кімнатах, вона «бачила» сліди від взуття. також за нею слідкують, але хто не упочнює. Впевнена, що чоловік її зраджує, хоче знищити; крім того «наводить» хвороби на оточуючих людей. У зв'язку з цими висловлюваннями конфліктує з чоловіком, агресивна до нього, намагалась облили його окропом. Неодноразово лікувалась у психіатрії, але без стійкого ефекту.

Соматичний та неврологічний статус без патології.

Під час бесіди спокійна, підтверджує, що чоловік її «вбиває», що за нею слідкують якісь люди. Ніякова до чоловіка, дочки, задоволена тим, що знаходиться у неспокійній палаті. Нічого не робить, хвилюється тільки про їжу, багато їсть. При зустрічі з чоловіком мовчки бере їжу і вертається у відділення. Намагається забирати їжу у других хворих. Не слідкує за собою, не миється.

Який ведучий синдром?

Які симптоми складають цей синдром?

Про яку нозологію можливо міркувати?(маячні ідеї впливу при шизофренії).

№ п/п	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1	Оволодіти клініко - психопатологічним методом обстеження хворих з розладами мислення	Виконувати обстеження хворих у такій послідовності: 1. Зібрати ретельно скарги, анамнез хвороби та життя. 2. Ретельно у бесіді з хворим виявити розлади мислення, відношення до них хворого. 3. Провести зовнішній	

		огляд хворого. 4. Дослідити соматичний статус. 5. Дослідити неврологічний статус 6. Провести додаткові патопсихологічні методики.	

7.3 Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Нетипові задачі (ІІІ рівень).

1. Чоловік 68 років. на протязі останніх 3 років на пенсії. Раніше працював директором школи. Повинен був піти на пенсію у зв'язку з головними болями, шумами в голові, роздратованістю, забутливістю. артеріальний тиск підвищується до 170 - 180/ 90 - 110.

В клініку госпіталізований другий раз. Перший раз лікувався рік тому , тоді був психотичний стан з порушенням засипання, тривогою, чів голоси невідомих людей, котрі називали його зрадником. Вважав, що його переслідують, та мають вбити. Щоб далі закінчити ці муки вискочив з вікна. Получив важку травми кінцівок. У відділенні два тижні відчував страх, був напруженим, не хотів їсти, затверджував, що він не злочинець, а навпаки навкруги зрадники.Потім вийшов з психотичного стану, пам'ятає що тоді було. Залишався плаксивим, інтелектуально зниженим. Важко згадувати про минуле. Вдруге психотичний стан розвинувся через 6 місяців зі схожими симптомами. Просив його рятувати від переслідувачів, не довірився сестрам робити ін'єкції .Ввечері бачив неприємні лиця ворогів.

Через 1,5 місяця стан нормалізувався. За цей час у відділенні біли періоди покращення, з`являлася критичність до свого стану, був спокійним, самостійно приймав їжу.

Соматично: А/Д - 160/90.

Які симптоми виявляються у хворого?

Який ведучий синдром?

Які соматичні супутні прояви?

З яким соматичним захворюванням поєднуються ознаки психічних порушень?

Яку нозологію можливо виставити?(галюцинаторно- параноїдний судинний гіпертонічний психоз).

2. Чоловік 39 років, хворіє на протязі 6 років. Став відчувати болі «стягуючого» характері у задньому проході, що мають особливий зв`язок з головою, посмикування рук і ніг, «в голові якесь забруднення», «розширюються та розовіють вуші», «зсохся мозок».

Ніколи ніде не лікувався. Кинув працювати тому, що мав отходження чогось з полового члену. Кинув спілкуватися з товаришами, удень нікуди не виходив на вулицю, тільки вночі на вулиці займався гімнастикою. З родичами роздратований, особливо до матері. Вважає, що в нього венеричне захворювання та два рази обстежувався у венерологів, обидва рази нічого не знаходили.

Соматичний та неврологічний статуси без патології. В додаткових обстеженнях теж норма.

В бесіді розмовляє «про зміст життя людини і в цілому всесвіта». Розповідає, що «з голови щось тепле давить на ніс, очі, руки та ноги». Психічно хворим себе не вважає. відповідає: «В мене діабет та венерична хвороба». Вимагає детального обстеження. Постійно торкається живота, роздивляється на себе у дзеркало. Лікування в псих. стаціонарі вважає «помилкою лікарів», вимагає виписати додому.

Який ведучий синдром?

Які симптоми складають цей синдром?

До яких захворювань можливо відносити ці розлади? (іпохондричні маячні ідеї)

Тести 1 рівня

1. Єпізодично виникаюча блокада розумової діяльності носить назву:

- А. ментизм
- Б. ехолалія
- С. персевірація
- Д. вербигерація
- Є. шперрунг*

2. Аутистичне мислення зустрічається:

- А. у здорових осіб
- Б. у дітей
- С. при шизоїдній психопатії
- Д. при шизофренії
- Є. всьому перерахованому*

3. Визначення «мимовільне насильницьке виникнення нецілеспрямованого потоку думок» відноситься до терміну:

- А. вербігерація
- Б. персевірація
- С. шперрунг
- Д. ментизм*
- Є. логоклонія

4. Вкажіть термін, що відповідає визначенню «мимовільне повторення у мові слів та окремих фраз оточуючих»:

- А. персевірації
- В. вербігенерація
- С. інкогеренція
- Д. ехолалія*
- Є. шизофазія

5. Назвіть найбільш істотний чинник, що характеризує маячні ідеї:

- А. насильницьке виникнення
- В. недоступність корекції*
- С. неможливість протидіяти їм
- Д. спрямованість на суб'єктивний світ
- Є. поліморфізм

6. До персекуторних маячних ідей належать:

- А. маячні ідеї переслідування
- В. маячні ідеї фізичного впливу
- С. маячні ідеї отруєння
- Д. маячні ідеї побутових стосунків (збитків)
- Є. все перераховане вірно*

7. Симптом Фреголі входить до складу:

- А. маячних ідей вонахідництва
- В. реформаторського маячення
- С. маячення інсценування
- Д. маячення двійників*
- Є. маячення інтерметаморфози

8. Паталогічна докладність мислення зустрічається при:

- А. шизофренії
- В. епілепсії*

- С. психопатії
- Д. неврозах
- Є. наркоманії

Тести II рівня

1. В структуру якої деменції входять симптоми олігофазії, надлишкової деталізації розповідей, егоцентризму ?

- А. Шизофренічної.
- В. Внаслідок ЧМТ.
- С. Внаслідок пухлин головного мозку.
- Д. Епілептичної.
- Е. Внаслідок церебрального атеросклерозу.

Відповідь – Д.

2. Олігофренія зумовлена переважно:

- А. Хромосомними абераціями, іншими спадковими хворобами.
- В. Особистісними особливостями.
- С. Психотравмуючими факторами.
- Д. Патологічною вагітністю, родами.
- Е. Патологічним впливом на розвиток головного мозку дитини до 3-х років.

Відповідь – А, Д, Е.

3. Які зміни особистості не характерні для хворих з шизофренічною деменцією:

- А. Педантизм.
- В. Замкнутість.
- С. Апатія.
- Д. Полярність емоцій.
- Е. Зниження соціальних інтересів.

Відповідь – А, Д.

4. Лакунарна форма деменції об'єднує порушення у психічних сферах окрім:

- А. Пам'яті.

- В. Афективної.
- С. Вольової
- Д. Мислення.
- Е. Уваги.

Відповідь – Д.

5. Заповніть недостатні ознаки, які найбільш характерні для дебільності:

- А. Малий словарний запас.
- В. (абстрактно-логічне мислення на початковому рівні).
- С. Розумова та фізична відсталість з дитинства.
- Д. (можливість навчання в допоміжній школі).
- Е. Аномалії розвитку зовнішності.

6. При діагностиці ступені олігофренії потрібно звернути на увагу у послідовності :

- А. Стать хворого.
- В. Аномалії розвитку зовнішності.
- С. Здібність навчання у школі.
- Д. Різновид мислення.
- Е. Особливості поведінки, мовлення.

Відповідь – Д, С, Е, В, А.

7. Назвіть послідовність дій лікаря при обстеженні хворих з розладами інтелекту:

1. Клінічне обстеження.
2. Складання плану обстеження
3. Збирання скарг та анамнезу.
4. Призначення додаткового обстеження.
5. Постановка діагнозу.
6. Призначення лікування.

Відповідь: 3, 1, 2, 4, 5, 6

Задачі (II)

1. Хвора 52 роки. Захворювання почалося з грубих розладів пам'яті при збереженні емоційної сфери та критики. Потім розвинулися апрактичні, афатичні, агностичні розлади, проявлення алексії, агресії.

1. Вкажіть попередній діагноз ?

2. Призначте обстеження хворої ?

Відповідь:

1. Хвороба Альцгеймера.

2. РЕГ, ЕхоЕГ, КТ головного мозку, консультація терапевта, невролога, медичного психолога.

2. У хворої 69 років протягом останнього року бувають головні болі, запаморочення, з'явилася дратівливість, безсоння, стала втомлюватися від домашньої роботи. Іноді забувала імена знайомих, не може пригадати, куди поклала потрібну їй річ. Відмічається затруднення в запам'ятовуванні нових фактів, записує ім'я лікаря, що лікує її. При спогадах даних подій плутає послідовність, сама помічає свої помилки, засмучується. При згадці про близьких з'являються сльози, але тут же, при зміні теми, усміхається, сміється.

1. Яку хворобу можна припустити ?

2. Призначте лікування хворій ?

Відповідь:

1. Атеросклероз судин головного мозку.

2. Призначити підвищені дози ноотропних засобів, препарати, що покращують мозковий кровоток, загальнозміцнююча, симптоматична терапія.

3. Хворому 55 років. Захворювання почалося поволі із змін особистості (зниження морально-етичних якостей), рухової расторможеності при збереженні мнестичних функцій і зниженні критики, потім з'явилися розлади експресивної мови, аспонтанність, емоційна тупість.

1. Яку хворобу можна припустити ?
2. Яке обстеження слід призначити хворому ?

Відповідь:

1. Хвороба Піка.
 2. РЕГ, ЕхоЕГ, КТ головного мозку, консультація терапевта, невролога, медичного психолога.
4. Хвора, 75 років, виявляє грубі розлади пам'яті, зовсім не запам'ятовує поточні події, забула багато що з минулого життя. Мислення примитивне. Виявляє грубі порушення праксису, поведінка неадекватна. Некритична до свого стану.
1. Який ведучий психопатологічний синдром можна припустити ?
 2. Яке дослідження необхідне призначити хворій для визначення характеру патологічного процесу в головному мозку?

Відповідь:

1. Синдром деменції.
2. Комп'ютерну томографію головного мозку.

VII. 3. Матеріали контролю для заключного етапу. Задачі (III)

1. У поліклініку до терапевта прийшов хворий зі скаргами на болі в животі. В процесі бесіди лікар виявив, що пацієнт не може тямуючи висловити свої скарги, анамнестичні дані. Запас знань не відповідає його віку. Неадекватно сміється. Не пам'ятає паспортних відомостей (рік народження, адреси).
 - Визначте тактику лікаря загальноклінічної практики (терапевт, хірург).
 - Які додаткові обстеження слід призначити

А. Не враховувати ці порушення при обстеженні і терапії хворого, призначити загальний аналіз крові, сечі.

- В. Терміново направити хворого на консультацію до психіатра
- С. При оцінці скарг, анамнестичних даних і лікувальних заходів враховувати недолік інтелекту хворого
- Д. Рекомендувати хворому звернутися до психіатра для консультації
- Е. Ні одне з перерахованих.

2. Хвора, 75 років на прийомі у терапевта виявляє грубі розлади пам'яті, зовсім не запам'ятовує поточні події, забула багато що з минулого життя. Виявляє грубі порушення праксису.

- Яке дослідження необхідно призначити хворій для визначення характеру патологічного процесу в головному мозку
- Який ведучий психопатологічний синдром

- А. Комп'ютерну томографію мозку. Синдром деменції.
- В. Рентгенограму черепа. Синдром Корсакова.
- С. Електроенцефалографію. Синдром прогресуючої амнезії.
- Д. Дослідження ліквору. Синдром олігофренії.
- Е. Біохімічне дослідження крові. Психоорганічний синдром.

3. У хлопця 14 років мають місце – незрілість думок, наївність, підвищена навіюваність, надмірна прихильність до батьків, моторна незручність, схильність донезрілих думок, ожиріння, загальна затримка психічного розвитку.

- Ваш попередній діагноз.

- А. Дисгармонічний інфантилізм.
- У. Ідіотія.
- С. Імбецильність.
- Д. Патохарактерологічний розвиток особи.
- Е. Шизоїдна психопатія.

Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

*Орієнтована карта для організації самостійної роботи студентів з
навчальною літературою*

Навчальні завдання	Вказівки до завдання	Відповідь
ВИВЧИТИ		
1. Етіологічні фактори які приводять до недоумства.	Назвати основні етіологічні фактори які приводять до олігофренії.	
2. Особливості діагностики синдромів порушення інтелекту.	Перелічити основні діагностичні ознаки синдромів деменції і олігофренії	
3. Клінічні особливості ступенів олігофренії	Провести диференційну діагностику між ідіотією, імбіцильністю та дебільністю по клінічним ознакам.	
4. Диференціальну діагностику деменцій при різних захворюваннях.	Заповнити таблицю диференціальної діагностики	
5. Лікування хворих з деменцією	Скласти план лікування хворих з деменцією з урахуванням клінічних ознак.	
6. Заходи профілактики олігофренії.	Скласти план профілактики заходів для запобігання виникнення олігофренії.	

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Психітрія. Під ред.професора О.К.Напрієнка.-Київ,2001.
2. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: Изд.2-е перераб. и доп. – М.: Медицина, 1995.
3. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985.
4. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків: Клінічний посібник. – Харків, 2001.
5. Снежневский А.В. Общая психопатология. - М.: Медпресс, 2008.
6. Самохвалов В.П. Психиатрическая клиника, Симферополь, 2007, – 607 с.
7. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: «Медицина», 2000. - 496 с.
8. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства у детей. – М.: Изд-во института психотерапии, изд-во НГМА, 2000. – 320 с.
9. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для врача общей практики / Р.А. Евсегнеев. – Мн.: Беларусь. – 2001. – 426 с.
10. Психиатрия и наркология : учебник для студ. спец. «Лечебное дело» учрежд, обеспечивающих получение высш. образ. / под общ. ред. А. А. Кирпиченко. - Минск : Высшэйшая школа, 2005. – 573, [1] с.
11. Клиническая психиатрия. Детский возраст: учебное пособие/ Е.И. Скугаревская [и др.]. Минск: Высшэйшая школа, 2006. 454с.
12. Кирпиченко, А. А. Психиатрия : учеб. для студ. ВУЗ / А. А. Кирпиченко. - 4-е изд., перераб. и доп. - Минск : Высшэйшая школа, 2001. - 606 с. : ил., фот. Арана, Дж. Фармакотерапия психических расстройств / Дж. Арана, Дж. Розенбаум: пер. с англ., М.: изд-во БИНОМ, 2004. – 416 с.
13. Международная Классификация Болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. — 1994. – 302 с.
14. Руководство по психиатрии. / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская [и др.]; под ред. А.С. Тиганова. // В 2 т., Т.1 – М.: медицина, 1999. – 712 с.
15. Шейдер, Р. Психиатрия / Р. Шейдер. – М.: практика, 1994. – 485 с.

16. Авруцкий, Г.Я. Лечение психических больных / Г.Я. Авруцкий, А.А. Анедува. – М.: медицина. – 1988. – 527 с.
17. Вейн, А.М. Антikonвульсанты в психиатрической и неврологической практике / А.М. Вейн, С.Н. Мосолова. – СПб.: медицинское информационное агентство, 1994. – 336 с.
18. Гофман, А.Г. Клиническая наркология / А.Г. Гофман. – М.: Миклош, 2003. – 215 с.
19. Доброхотова, Т.А. Нейропсихиатрия / Т.А. Доброхотова. – М.: БИНОМ, 2006. – 304 с.
20. Клиническая психиатрия: пер. с англ. доп. / Главный редактор Т.Б. Дмитриева. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 505 с.
21. Психиатрия позднего возраста: в 2 т. \ Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгаймер: пер. с англ. / Под общ. ред. В. Позняка. – 2003.
22. Эффективная терапия посттравматического расстройства стрессового расстройства / Под ред. Эдны Фoa, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана. – М.: Когито-центр, 2005. – 467с.